

INFORME DE LA COMISION DE HACIENDA RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE FORTALECE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y MODIFICA NORMAS QUE INDICA

Boletín N°17.397-11

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Hacienda pasa a informar, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, y conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 226 del Reglamento de la Corporación, el proyecto de ley mencionado en el epígrafe, originado en Mensaje de S.E el Presidente de la República señor Gabriel Boric Font e ingresado tramitación el 11 de marzo de 2025. La iniciativa cumple su primer trámite constitucional y se encuentra con urgencia calificada de SUMA -vence 30 de octubre próximo-.

Asistió en representación del Ejecutivo, la ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza junto con el subsecretario de Redes Asistenciales, Bernardo Martorell Guerra, el Superintendente de Salud, Víctor Torres Jeldes y el asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez Saavedra.

Asimismo, asistió telemáticamente el jefe del Subdepartamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos, don Pablo Jorquera Armijo.

I.-CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS

1.- Comisión técnica: Comisión de Salud

2.- Normas de quórum especial: No hubo en este trámite nuevas normas que calificar.

3.- Normas de competencia de esta Comisión de Hacienda:

De conformidad a lo establecido en el número 5 del artículo 304 del Reglamento de la Corporación, la Comisión de Salud calificó en tal condición las siguientes normas:

1.-Numeral 3), del artículo 1°, que intercala un artículo 109 bis, a continuación del artículo 109, agregando un nuevo párrafo 3°, "Del Consejo de la Superintendencia de Salud", en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469

2.-Numerales 1) y 4) del artículo 2°, que modifican la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

3.- Artículo sexto transitorio.

4.- Artículos rechazados: No hubo.

5.- Artículo nuevo: No hubo.

6.-Artículos modificados:

1).- En el literal a) del numeral 4) del artículo 2°:

- Se ha reemplazado, en el inciso tercero del artículo 38 de la ley N°20.584 la expresión “podrá fiscalizar” por “fiscalizará”.

- Se ha agregado, el literal a) del numeral 4) del artículo 2°, un inciso final al artículo 38 de la ley N°20.584, del siguiente tenor:

“Ningún fallo arbitral emitido en ejercicio de las facultades arbitrales de la Superintendencia de Salud podrá contravenir la ley.”

7.- Indicaciones declaradas inadmisibles: No se presentaron.

8.-Indicaciones rechazadas: No hubo.

10.-Diputado informante: El señor Alexis Sepúlveda.

II.-SÍNTESIS DE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES

Fortalecer las facultades y ampliar las competencias de la Superintendencia de Salud planteando nuevas funciones a las Intendencias de Fondos y Seguros de Salud y de Prestadores de Salud, para garantizar el cumplimiento de los estándares de acreditación, incluyendo la capacidad de exigir correcciones, invalidar procesos irregulares y sancionar a los responsables individuales dentro de las entidades acreditadoras, todo ello, en el marco de procurar asegurar la calidad de la atención de salud y la confianza de la ciudadanía en el sistema de acreditación.

III.-FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY CONTENIDOS EN EL MENSAJE¹

-Cumplimiento de los acuerdos establecidos por la ley corta de Isapres, destacando que esta iniciativa es la última de una serie de acciones que deben llevarse a cabo según lo dispuesto en el artículo transitorio décimo de dicha ley.

-Este marco legal prevé una serie de medidas orientadas al fortalecimiento del sector salud, incluyendo a Fonasa, a la Superintendencia de Salud y otras áreas. En su intervención, mencionó que el proyecto responde a una de las principales prioridades del gobierno en el ámbito de la salud, como lo son la reducción de listas de espera, la atención de la salud mental y el avance en una agenda de transformaciones que comenzó con el copago cero, la universalización de la atención primaria y la modalidad de cobertura complementaria implementada por Fonasa.

-Compromisos adquiridos entre el Congreso y el Ejecutivo. En este sentido, la propuesta apunta, principalmente, al fortalecimiento institucional de la Superintendencia de Salud, a la optimización de su estructura y funcionamiento, y al resguardo de los derechos de las personas, mejorando las herramientas con las que esta entidad ejerce su labor fiscalizadora. Comentó que uno de los objetivos fundamentales del proyecto es consolidar el rol de la Superintendencia de Salud como el principal ente especializado en la fiscalización del sistema, otorgándole mayor relevancia y visibilidad. Además, subrayó la necesidad de modernizar el sistema de acreditación, actualizando las herramientas que se emplean para regular a los prestadores de servicios de salud, buscando una mejora en la calidad y el cumplimiento de las garantías explícitas en salud.

¹ Exposición del Coordinador de la Reforma de Salud del Ministerio de Salud, doctor Bernardo Martorell, (marzo de 2025)

-Necesidad de fortalecer la protección de los derechos de las personas, dado que el régimen regulatorio actual es insuficiente para garantizar un cumplimiento efectivo de los derechos de los usuarios. Se refirió, asimismo, a la falta de mecanismos de resolución de controversias eficaces y a las sanciones limitadas para los prestadores que infringen las normativas.

-La asimetría de información entre los prestadores y los usuarios, que afecta la transparencia en los procesos clínicos y la calidad del servicio. Finalmente, destacó la necesidad de modernizar el sistema de acreditación, que, a pesar de los avances logrados desde su implementación, sigue presentando limitaciones que deben ser abordadas para mejorar la regulación de los prestadores de salud y garantizar la calidad en los servicios ofrecidos.

IV.-CONTENIDO DE LA INICIATIVA:

El proyecto se estructura en cuatro artículos permanentes y seis artículos transitorios.

En lo que respecta a esta Comisión de Hacienda, los artículos señalados de su competencia tratan lo siguiente:

El **artículo 1°** introduce modificaciones en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud y consigna, a su vez, 28 numerales:

-En el numeral 3) se propone incorporar un Párrafo 3° nuevo (artículos 109 bis a 109 septies), en el cual regula el nuevo “Consejo de la Superintendencia de Salud” (en adelante, “el Consejo”).

Sobre la regulación del Consejo se puede destacar que estará compuesto por el Superintendente, quien lo preside y cuatro consejeros, quienes durarán seis años en su cargo, pudiendo ser designados por un nuevo período.

Dentro de las atribuciones del Consejo, está la aprobación del plan estratégico de la Superintendencia, el monitoreo de su cumplimiento, la emisión de informes técnicos, y la aprobación de la cuenta pública anual.

El **artículo 2°** propone introducir modificaciones en la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Consta de cuatro numerales.

Mediante el numeral 1), se obliga a todos los prestadores institucionales a contar con un funcionario encargado de supervisar la calidad de los procesos y velar por el respeto a los derechos de las personas.

Mediante el numeral 2), se faculta a la Superintendencia para requerir antecedentes clínicos necesarios para resolver reclamos y realizar auditorías, con la obligación de resguardar su carácter de datos sensibles.

Mediante el numeral 3), se reformula completamente el procedimiento de reclamo ante prestadores de salud, estableciendo plazos específicos y detallando las obligaciones de los prestadores institucionales.

Mediante el numeral 4), se fortalecen las facultades fiscalizadoras y sancionatorias de la Superintendencia, estableciendo claramente el procedimiento sancionatorio ante infracciones.

En cuanto a la **disposición sexta transitoria**, de competencia de esta Comisión, establece la norma de imputación de mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley; en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la

partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

V.- INCIDENCIA EN MATERIA FINANCIERA O PRESUPUESTARIA DEL ESTADO

La presentación del proyecto fue acompañada por el Informe Financiero N°59 ingresado el 10 de marzo 2025, que da cuenta de los siguientes antecedentes:

Primer informe financiero

El proyecto de ley se enmarca en el cumplimiento de la obligación dispuesta en el inciso primero del artículo décimo transitorio de la ley N°21.674, donde se señala que durante el período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024 (legislatura 372) se ingresará uno o más proyectos de ley destinados, entre otras materias a fortalecer las competencias de la Superintendencia de Salud.

En particular, este proyecto busca fortalecer y ampliar las competencias de la Superintendencia de Salud planteando nuevas funciones a las Intendencias de Fondos y Seguros de Salud y de Prestadores de Salud, creando un consejo consultivo, según se detalla:

a. Se propone crear un consejo técnico, presidido por el/la Superintendente/a de Salud, acompañado de 4 consejeros o consejeras que serán designados por el Presidente de la República, en consideración de una vasta experiencia en el área. Por este rol tendrán derecho a recibir una dieta y entre sus principales funciones destaca la facultad de aprobar y monitorear el cumplimiento del Plan Estratégico de la institución, el cual definirá los objetivos generales y estrategias en materias relativas a la Superintendencia. También emitirán informes técnicos a solicitud del Superintendente/a, entre otras funciones.

b. Se establece que, mediante instrucciones de carácter general, la Intendencia de Prestadores de Salud definirá los plazos del procedimiento del sistema de acreditación, y a su vez, el Ministerio de Salud definirá los aranceles que deberán pagar los prestadores, entidades acreditadoras y los/as evaluadores/as de una entidad autorizada.

c. Se refuerza a la Intendencia de Prestadores de Salud, ampliando su rol fiscalizador a prestadores individuales, entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades. Se le otorgan nuevas facultades, como realizar auditorías clínicas a solicitud del Ministerio de Salud, interpretar normativas y dictar sanciones. Además, se establecen sanciones más estrictas para los prestadores que incumplan normativas u omitan información, con multas que van desde 20 hasta 2.000 UTM y se creará un registro público de prestadores sancionados.

El Intendente de Prestadores podrá retirar o suspender la acreditación de prestadores que no cumplan con los estándares, además, tendrá la facultad de actuar como árbitro arbitrador en conflictos entre prestadores y pacientes, asegurando igualdad de condiciones en el procedimiento y promoviendo la conciliación.

Por otra parte, se establecen sanciones específicas para entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades, incluyendo multas de hasta 600 UTM y suspensión de sus facultades por hasta un año en caso de infracciones.

d. En cuanto a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, podrá sancionar a Fonasa e ISAPRE en caso de infracciones. Se endurecen las sanciones en el incumplimiento del Régimen General de Garantías en Salud (GES/AUGE). Se establecen criterios para determinar el monto de las multas, considerando la gravedad de la infracción; el impacto en derechos de niños, niñas y adolescentes; el beneficio económico obtenido; y la capacidad financiera del infractor.

Además, en caso de reincidencia dentro de un año, la multa podrá duplicarse o cuadruplicarse. Para los establecimientos públicos, las sanciones pueden incluir la reducción de hasta 50% de la remuneración del sancionado y, en casos graves, la suspensión del cargo por hasta 30 días.

e. Finalmente, la Superintendencia deberá difundir información sobre derechos en salud y mecanismos de protección para la ciudadanía.

EFECTO DEL PROYECTO DE LEY SOBRE EL PRESUPUESTO FISCAL

Dada la naturaleza del proyecto de ley y las materias que modifica, su implementación irrogará un mayor gasto fiscal, el cual ha sido planificado y proyectado en una gradualidad de 4 años, según se detalla a continuación:

a) Consejo

Para su funcionamiento se considera una dieta de 12 UF por sesión, con un tope de 48 sesiones al año para cada consejero/a, a excepción del Superintendente de Salud.

b) Fortalecimiento Intendencia de Prestadores de Salud

Se incluye la contratación progresiva de 25 personas, quienes realizarán funciones de fiscalización a prestadores y entidades acreditadoras, tramitarán procesos sancionatorios, gestionarán autorizaciones, acreditaciones y supervisión de prestadores y entidades fiscalizadas, resolverán controversias entre personas y prestadores de salud, entre otras funciones.

En tecnología y desarrollo de plataformas se considera más de \$1.086 millones, implementados en 4 años, con los que se busca fortalecer los sistemas de Sanciones, Reclamos, Prestadores, Verificación de Cumplimiento y Fiscalización de la Superintendencia de Salud, con el objetivo de mejorar el uso e incorporar la interoperabilidad y modernizar los procesos que se realizan en estos sistemas. Además, se considera el desarrollo de una nueva plataforma pública de acceso gratuito para que las personas puedan revisar si un prestador ha sido sancionado.

Tabla 1. Presupuesto para la Superintendencia de Salud

(Millones de \$ de 2025)

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Régimen
Consejo Técnico	89	89	89	89	89
Intendencia de Prestadores de Salud	1.254	1.354	1.531	1.507	1.495
Nueva dotación	420	724	937	1.151	1.151
Bienes y servicios de consumo	94	159	215	271	271
Tecnología y desarrollo de plataformas	264	455	367	74	74
Activos no financieros	460	6	4		-
Otros gastos	16	10	7	7	-
Total	1.343	1.443	1.620	1.596	1.585

FUENTE DEL GASTO

El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante, lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

Segundo informe financiero, complementario, N° 144 de 5 de junio de 2025.

Con motivo de la presentación de indicaciones, el Ejecutivo acompañó la siguiente información.

- Con el objetivo de fortalecer la transparencia en el sistema, agrega a las funciones generales de la Superintendencia de Salud, la facultad de recabar y publicar en su sitio web información estadística pública, sobre reclamos, sanciones administrativas aplicadas, tiempo de espera para recibir prestaciones y encuestas de satisfacción usuaria si las hubiere, relativa a las Instituciones de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud, prestadores públicos y privados, y a instituciones acreditadoras.

- Especifica en cuanto al Registro Nacional de Sanciones que crea este proyecto de ley, que una vez que el prestador sancionado haya corregido la conducta infraccional y ejecutado las medidas ordenadas por la autoridad, se anotará en el registro la fecha del acto administrativo que consigne dicha verificación.

- En cuanto a la facultad de las personas de reclamar ante el prestador de salud el cumplimiento de sus derechos, se suprime la especificación del plazo de 30 días para reclamar.

EFECTO DE LAS INDICACIONES SOBRE EL PRESUPUESTO FISCAL

Las indicaciones presentadas no tienen incidencia sobre el presupuesto fiscal, pues la naturaleza de éstas es de carácter normativo, y la nueva función establecida podrá realizarse con cargo a la dotación y recursos vigentes de la Superintendencia de Salud.

Tercer informe financiero, complementario, N°220, de 4 de agosto de 2025

Las segundas indicaciones presentadas por el Ejecutivo, tiene por objetivo modificar el proyecto de ley que fortalece la Superintendencia de Salud y modifica normas que indica, en el siguiente sentido:

- En cuanto a la experiencia profesional y/o académica de las o los miembros Consejo de la Superintendencia de Salud, de carácter técnico, se añade el área de la administración o gestión de instituciones de salud.

- Explicita las sanciones y/o procedimiento que aplicarán a organismos públicos e instituciones privadas de salud en caso de incumplimientos del Régimen General de Garantías en Salud o dictámenes emitidos por la Superintendencia, según corresponda.

EFECTO DE LAS INDICACIONES SOBRE EL PRESUPUESTO FISCAL

Las indicaciones no tendrán incidencia sobre el presupuesto fiscal, pues la naturaleza de éstas es de carácter normativo.

Informe Financiero Sustitutivo N°315/23.10.2025

I. Antecedentes

El presente informe financiero sustituye los anteriores, añadiendo al contenido del proyecto de ley en trámite una modificación ingresada a través de la indicación N°240-373.

En específico, este proyecto busca fortalecer y ampliar las competencias de la Superintendencia de Salud planteando nuevas funciones a las Intendencias de Fondos y Seguros de Salud y de Prestadores de Salud, creando un consejo consultivo, según se detalla:

a. Se propone crear un consejo técnico, presidido por el/la Superintendente/a de Salud, acompañado de 4 consejeros o consejeras que serán designados por el Presidente de la República, en consideración de una vasta experiencia en medicina, derecho, economía, salud pública o administración o gestión de instituciones de salud. Por este rol tendrán derecho a recibir una dieta y entre sus principales funciones destaca la facultad de aprobar y monitorear el cumplimiento del Plan Estratégico de la institución, el cual definirá los objetivos generales y estrategias en materias relativas a la Superintendencia. También emitirán informes técnicos a solicitud del Superintendente/a, entre otras funciones.

b. Se establece que mediante instrucciones de carácter general, la Intendencia de Prestadores de Salud definirá los plazos del procedimiento del sistema de acreditación, y a su vez, el Ministerio de Salud definirá los aranceles que deberán pagar los prestadores, entidades acreditadoras y los/as evaluadores/as de una entidad autorizada.

c. Se refuerza a la **Intendencia de Prestadores de Salud**, ampliando su rol fiscalizador a prestadores individuales, entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades. Se le otorgan nuevas facultades, como realizar auditorías clínicas a solicitud del Ministerio de Salud, interpretar normativas y dictar sanciones. Además, se establecen sanciones más estrictas para los prestadores que incumplan normativas u omitan información, con multas que van desde 20 hasta 2.000 UTM y se creará un registro **público de prestadores sancionados**, el que incluirá fecha del acto administrativo que dé cumplimiento a la sanción, cuando corresponda.

El Intendente de Prestadores podrá retirar o suspender la acreditación de prestadores que no cumplan con los estándares, además, tendrá la facultad de actuar como árbitro arbitrador en conflictos entre prestadores y pacientes, asegurando igualdad de condiciones en el procedimiento y promoviendo la conciliación.

Por otra parte, se establecen sanciones específicas para entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades, incluyendo multas de hasta 600 UTM y suspensión de sus facultades por hasta un año en caso de infracciones.

Adicionalmente, respecto de la ley de derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (ley N°20.584), se suprime la especificación del plazo de 30 días para reclamar ante el prestador institucional y se reemplaza la expresión "podrá fiscalizar" por "fiscalizará" para efecto de las fiscalizaciones que debe realizar esta Intendencia en dicha materia.

d. En cuanto a la **Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud**, podrá sancionar a Fonasa e ISAPRE en caso de infracciones. Se endurecen las sanciones en el incumplimiento del Régimen General de Garantías en Salud (GES/AUGE). Se establecen criterios para determinar el monto de las multas, considerando la gravedad de la infracción; el impacto en derechos de niños, niñas y adolescentes; el beneficio económico obtenido; y la capacidad financiera del infractor.

Además, en caso de reincidencia dentro de un año, la multa podrá duplicarse o cuadruplicarse. Para los establecimientos públicos, las sanciones pueden incluir

la reducción de hasta **50% de la remuneración del sancionado** y, en casos graves, la **suspensión del cargo por hasta 30 días**.

e. Finalmente, la Superintendencia deberá difundir información sobre derechos en salud y mecanismos de protección para la ciudadanía. Además, y con el objetivo de fortalecer la transparencia en el sistema, la Superintendencia tendrá la facultad de recabar y publicar en su sitio web información estadística pública sobre reclamos, sanciones administrativas aplicadas, tiempo de espera para recibir prestaciones y encuestas de satisfacción de las ISAPRE, Fonasa, prestadores públicos y privados e instituciones acreditadoras

II. Efecto de las indicaciones sobre el Presupuesto Fiscal

Dada la naturaleza del proyecto de ley y las materias que modifica, su implementación irrogará un mayor gasto fiscal, el cual ha sido planificado y proyectado en una gradualidad de 4 años, según se detalla a continuación:

a) Consejo

Para su funcionamiento se considera una dieta de 12 UF por sesión, con un tope de

48 sesiones al año para cada consejero/a, a excepción del Superintendente de Salud.

b) Fortalecimiento Intendencia de Prestadores de Salud

Se incluye la contratación progresiva de 25 profesionales, quienes realizarán funciones de fiscalización a prestadores y entidades acreditadoras, tramitarán procesos sancionatorios, gestionarán autorizaciones, acreditaciones y supervisión de prestadores y entidades fiscalizadas, resolverán controversias entre personas y prestadores de salud, entre otras funciones.

En la tabla 1 se muestra el detalle de las unidades/áreas que tendrán un aumento de dotación con el objetivo de fortalecerlas de manera progresiva, considerando un plazo de 4 años de implementación. El subdepartamento de Calidad aumentará en 6 profesionales su dotación; el de Fiscalización, en 11; el de Protección de Derechos, en 5; el de Sanciones, en 2; y el de Regulación, en 1.

Tabla 1. Fortalecimiento progresivo acumulado de dotación de la Intendencia de Prestadores de Salud

Área	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4 y Régimen
Subdepto. Calidad	2	4	5	6
Subdepto. Fiscalización	2	5	8	11
Subdepto. Protección de Derechos	2	3	4	5
Subdepto. Sanciones	1	2	2	2
Subdepto. Regulación	1	1	1	1
Dotación acumulada	8	15	20	25

En cuanto a Tecnología y desarrollo de plataformas, se considera más de \$1.086 millones, implementados en 4 años, con los que se buscar fortalecer los sistemas de

En cuanto a Tecnología y desarrollo de plataformas, se considera más de \$1.086 millones, implementados en 4 años, con los que se buscar fortalecer los sistemas de Sanciones, Reclamos, Prestadores, Verificación de Cumplimiento y Fiscalización de la Superintendencia de Salud, con el objetivo de mejorar el uso e incorporar la interoperabilidad y modernizar los procesos que se realizan en estos sistemas. Además, se considera el desarrollo de una nueva plataforma pública de acceso gratuito para que las personas puedan revisar si un prestador ha sido sancionado.

La tabla 2 muestra el detalle de los sistemas considerados para modernización, implementación y mantención.

Tabla 2. Recursos para fortalecimiento de sistemas
(Millones de \$ de 2025)

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Régimen
Modernización, implementación y mantención de sistemas	\$264	\$455	\$367	\$74	\$74

Finalmente, en la tabla 3 se muestra el presupuesto total considerado para el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, con sus distintos componentes.

Tabla 3. Presupuesto para la Superintendencia de Salud
(Millones de \$ de 2025)

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Régimen
Consejo Técnico	89	89	89	89	89
Intendencia de Prestadores de Salud	1.254	1.354	1.531	1.507	1.495
Nueva dotación	420	724	937	1.151	1.151
Bienes y servicios de consumo	94	159	215	271	271
Tecnología y desarrollo de plataformas	264	455	367	74	74
Activos no financieros	460	6	4		-
Otros gastos	16	10	7	7	-
Total	1.343	1.443	1.620	1.596	1.585

El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante, lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

VI.-PERSONAS ESCUCHADAS Y ACUERDOS ADOPTADOS

El subsecretario de Redes Asistenciales, señor **Bernardo Martorell Guerra**, explicó los principales contenidos del proyecto de ley de fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, contenido en el Boletín N° 17.397-11, presentado por el Ministerio de Salud en cumplimiento de los compromisos asumidos en la denominada “ley corta de Isapres”. Indicó que esta iniciativa forma parte de un conjunto de proyectos comprometidos en el artículo transitorio décimo de dicha ley, los cuales ya fueron ingresados, y se inserta dentro de las prioridades estratégicas del sector salud. Entre estas prioridades mencionó la reducción de los tiempos de espera, el fortalecimiento de la salud mental, la implementación del copago cero, la atención primaria universal, la creación de una modalidad de cobertura complementaria en Fonasa, y la modernización del sistema nacional de servicios de salud, junto con otras iniciativas en tramitación como la eliminación de preexistencias, la reforma al subsidio de incapacidad laboral y la optimización de la Ley Ricarte Soto.

Señaló que el propósito esencial de este proyecto es fortalecer institucionalmente a la Superintendencia de Salud, optimizando su estructura y funcionamiento, con el fin de resguardar los derechos de las personas a través de

herramientas más efectivas y de un sistema de acreditación modernizado. Enfatizó que la Superintendencia cumple un rol de contrapeso institucional dentro del sistema sanitario, actuando frente a los seguros —Fonasa e Isapres— y también frente a los prestadores públicos y privados. En ese contexto, el proyecto busca consolidarla como la principal entidad especializada en fiscalización y como garante de los derechos de los usuarios, dotándola de mayores atribuciones para la supervisión, sanción y regulación, así como para la resolución de controversias y el aseguramiento de la calidad.

El subsecretario planteó además un diagnóstico sobre las limitaciones actuales de la Superintendencia, destacando la necesidad de una gobernanza renovada que complemente la actual figura del superintendente con un órgano colegiado capaz de incorporar diversas perspectivas —sanitaria, financiera, administrativa y de gestión clínica— para asegurar una visión de largo plazo más allá de los ciclos políticos. Expuso también las restricciones que enfrenta la Intendencia de Prestadores, la cual carece de facultades regulatorias suficientes para hacer cumplir su misión, así como de mecanismos alternativos de resolución de controversias, lo que limita su efectividad fiscalizadora.

Asimismo, advirtió que existe una protección insuficiente de los derechos de los usuarios, debido a sanciones poco específicas y carentes de efecto disuasivo, lo que genera una baja resolutivez frente a los incumplimientos de la ley de derechos y deberes de los pacientes. A esto se suma la limitada difusión de derechos y la escasa transparencia sobre la conducta de los prestadores, de modo que la ciudadanía desconoce cuándo una clínica u hospital ha sido sancionado. También se refirió a las restricciones de la Superintendencia para acceder a información clínica en casos graves o emblemáticos y a las deficiencias del sistema de acreditación, especialmente en lo relativo al registro y fiscalización de entidades acreditadoras, fijación de aranceles y continuidad de los estándares de calidad entre los procesos de acreditación y reacreditación.

Finalmente, detalló las principales propuestas del proyecto, entre las que se incluyen la creación de un consejo para la Superintendencia, la ampliación de las facultades de la Intendencia de Prestadores para interpretar normas y orientar a los prestadores, la introducción de mecanismos alternativos de resolución de conflictos mediante arbitrajes, la modernización del régimen sancionatorio aplicable tanto a entidades públicas como privadas, y la actualización del sistema de acreditación y de transparencia. Concluyó señalando que estas medidas buscan modernizar y fortalecer a la Superintendencia de Salud, consolidándola como un actor con mayor capacidad de control y protección de los usuarios, y reafirmando su papel como contrapeso institucional dentro del sistema sanitario nacional.

El superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes, expuso los fundamentos y alcances del proyecto de ley destinado al fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, destacando que esta institución fue creada en 1990 como Superintendencia de Isapres y reformada en 2005 con la creación de la Intendencia de Prestadores, lo que implicó un cambio de enfoque hacia la protección de los derechos de las personas. Explicó que desde entonces ha existido una asimetría entre las atribuciones de la Intendencia de Fondos —heredera de la antigua Superintendencia de Isapres— y la Intendencia de Prestadores, lo que ha limitado la capacidad institucional para cumplir con su misión de poner a las personas en el centro de la atención sanitaria. En este contexto, señaló que el proyecto representa un primer paso relevante dentro de los compromisos asumidos por el Gobierno en el marco de la denominada “ley corta de Isapres”.

Indicó que la iniciativa contempla cuatro artículos que modifican distintos cuerpos legales —entre ellos el DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, la Ley 20.584 sobre derechos y deberes de las personas, la Ley 19.966 que establece el régimen de garantías en salud (GES), y la Ley 20.850 conocida como Ley Ricarte Soto— además de seis disposiciones transitorias. Entre las principales innovaciones, detalló la creación de un Consejo de la Superintendencia de Salud, órgano colegiado y técnico compuesto por cinco

miembros —el superintendente y cuatro consejeros designados mediante el sistema de Alta Dirección Pública— con una duración de seis años y renovación intercalada. Este Consejo, de carácter no ejecutivo, tendrá funciones estratégicas como aprobar el plan institucional, emitir informes técnicos y monitorear el cumplimiento de objetivos, reemplazando al consejo consultivo existente.

El superintendente destacó asimismo la ampliación de las facultades de la Intendencia de Prestadores, la que podrá interpretar leyes y reglamentos dentro de su ámbito, dictar instrucciones generales y órdenes particulares, y requerir información de los prestadores tanto públicos como privados. Estas nuevas atribuciones permitirán un monitoreo más eficaz del sistema de salud, incluyendo aspectos de costos, precios y estándares de calidad. Subrayó la importancia de otorgar la facultad para realizar auditorías clínicas a requerimiento del Ministerio de Salud, reemplazando la actual práctica de encargar dichas auditorías a los mismos hospitales o servicios de salud involucrados en los hechos, lo que —según explicó— afecta la objetividad de los procesos.

En materia de resolución de controversias, precisó que la Superintendencia podrá actuar como árbitro arbitrador en conflictos entre usuarios y prestadores, facultándose al intendente respectivo para adoptar medidas provisionales que eviten perjuicios durante la tramitación de reclamos, como la suspensión del cobro de cuentas médicas mientras se resuelve la disputa. Esto, dijo, busca evitar que las personas deban recurrir a los tribunales, lo que encarece y prolonga los procedimientos.

Respecto al régimen sancionatorio, señaló que se establece un sistema unificado para el sector privado y uno nuevo para el sector público, incorporando sanciones directas a los directivos de hospitales públicos —como amonestaciones o multas equivalentes al 10 % al 50 % de su remuneración— y fijando criterios objetivos para la aplicación de sanciones, junto con un plazo de prescripción de cinco años. En cuanto al sistema de acreditación, explicó que se flexibilizan los plazos y aranceles, se faculta la reevaluación de prestadores que no mantengan los estándares exigidos y se otorgan mayores facultades para fiscalizar a las entidades acreditadoras, incluyendo la posibilidad de suspenderlas hasta por un año y exigirles garantías financieras que protejan los recursos comprometidos por los prestadores.

En el ámbito de la transparencia y la difusión, el superintendente destacó la creación de un registro nacional de sanciones de acceso público con vigencia de hasta cinco años y la obligación de todos los prestadores de contar con un encargado de calidad, cargo que ya existe en la mayoría de los centros pero que ahora se formaliza legalmente para fortalecer la cultura organizacional. Agregó que la Superintendencia reforzará su rol de orientación a los pacientes en casos de presunta negligencia médica, aunque sin asumir funciones jurisdiccionales.

Finalmente, explicó que la ley entrará en vigor seis meses después de su publicación, plazo durante el cual el Ministerio de Salud deberá adecuar los reglamentos correspondientes, y que los primeros consejeros serán nombrados por el Presidente de la República dentro de los tres meses siguientes. El mayor gasto fiscal será cubierto con cargo al presupuesto vigente del Ministerio de Salud, pudiendo ser suplementado por el Tesoro Público. Concluyó señalando que este proyecto constituye un avance significativo en el fortalecimiento del rol regulador, fiscalizador y sancionador de la Superintendencia, al dotarla de mayores capacidades técnicas, mejorar el equilibrio institucional y contribuir a un sistema sanitario más eficaz, independiente y centrado en los derechos de las personas.

El diputado Sáez solicitó al superintendente que profundizara en las razones que explican el incremento observado en la dotación, considerando que el presupuesto está siendo analizado con especial detalle. Indicó que, si bien en la presentación se advierte el despliegue requerido para abarcar a todos los prestadores, sería

importante que se explicara con mayor precisión ese aspecto, en particular en lo relativo al trabajo operativo que se desarrolla dentro de los establecimientos.

El subsecretario Torres agradeció la consulta formulada y señaló que esta permite aclarar una cuestión que, en el contexto actual, podría parecer difícil de comprender: el aumento de la dotación de funcionarios públicos en la Superintendencia de Salud. Explicó que actualmente el organismo cuenta con 345 funcionarios en todo el país y que, dentro de esa cifra, solo 12 cumplen funciones de fiscalización en la Intendencia de Prestadores, lo que resulta claramente insuficiente para cubrir las necesidades del sistema. Detalló que las oficinas regionales operan generalmente con tres funcionarios —un encargado, un profesional y un administrativo—, salvo en cuatro sedes zonales donde la dotación alcanza cinco o siete personas, lo que evidencia una brecha estructural significativa.

Indicó que en los últimos años se han aprobado diversas modificaciones legales que amplían los derechos de los pacientes y aumentan las obligaciones de fiscalización de la Superintendencia, sin que esas nuevas responsabilidades hayan venido acompañadas de financiamiento adicional. En consecuencia, la capacidad fiscalizadora se ha vuelto más nominal que real, dado que se mantiene el mismo número de fiscalizadores pese al incremento de los requerimientos. Añadió que este proyecto no pretende corregir por completo esa brecha histórica, sino más bien asegurar que, ante la incorporación de nuevas atribuciones, exista una dotación mínima suficiente para ejecutarlas adecuadamente.

Precisó que el aumento propuesto es moderado y se implementará de manera gradual, incorporando 25 funcionarios en un período de cuatro años. Destacó que se trata de un incremento prudente y responsable, que busca asegurar que las nuevas facultades otorgadas a la Superintendencia puedan traducirse en una capacidad operativa real, evitando que queden solo en el plano normativo. Finalmente, subrayó que la intención del Ejecutivo es fortalecer la labor fiscalizadora de la institución dentro de las limitaciones presupuestarias actuales, con el objetivo de garantizar una supervisión más efectiva tanto sobre las Isapres como sobre los prestadores públicos, y avanzar de manera responsable en el proceso de modernización del sistema sanitario.

El diputado Donoso manifestó diversas inquietudes respecto del contenido del proyecto. En primer lugar, solicitó una aclaración sobre el aumento de funcionarios previsto en la propuesta, indicando que el cuadro presentado no le resulta completamente claro en cuanto al detalle de la dotación. Luego, se refirió a la creación del consejo de la Superintendencia de Salud compuesto por cuatro consejeros, consultando cuáles serán sus funciones específicas y la justificación de su establecimiento. Expresó además su desacuerdo con la mantención de una cuota permanente de paridad de género, señalando que, si bien considera positiva la aplicación de cuotas en el ingreso inicial para corregir desigualdades, su permanencia constante puede volverse contraproducente y afectar la libertad de designación futura.

El parlamentario añadió que, a su juicio, los talentos no se distribuyen por cuotas y que una norma de paridad rígida podría limitar injustificadamente la composición del órgano, por ejemplo, impidiendo que en un determinado momento todos los miembros sean mujeres, incluso si fueran las más calificadas. También formuló observaciones en torno al mecanismo de arbitraje propuesto en el proyecto, indicando que normalmente la figura del árbitro amigable componedor surge del acuerdo entre las partes, mientras que en este caso se impondría por ley. Subrayó la necesidad de asegurar que dicho arbitraje no pueda fallar contra la ley, considerando la complejidad de las controversias que podrían involucrar montos económicos relevantes y recordando casos recientes en los que incluso la Corte Suprema ha dictado fallos de esa naturaleza.

Finalmente, planteó dudas de carácter técnico, particularmente sobre la diferencia de sanciones aplicables a prestadores públicos y privados, y sobre la obligación

de contar con un encargado de calidad en cada prestador de salud. En este punto, consultó si dicha exigencia aplicaría también a profesionales que ejercen de manera individual, como médicos con consultas particulares, o solo a establecimientos de mayor tamaño, indicando que en estos últimos la medida le parece plenamente justificada.

El diputado Cifuentes planteó sus dudas respecto al modelo de gobernanza propuesto en el proyecto de ley, observando que el informe establece la creación de un consejo de cuatro miembros encargado principalmente de aprobar y monitorear el cumplimiento del plan estratégico de la institución, sin que se especifiquen con claridad otras funciones. Manifestó su inquietud por el número de integrantes, preguntando por qué se optó por cuatro y no por una cifra menor, considerando que las atribuciones descritas son generales y que el costo asociado al funcionamiento del órgano parece desproporcionado, ya que contempla 48 reuniones anuales con una dieta de 12 UF por sesión. A su juicio, el gasto resulta elevado en comparación con el alcance funcional que se le atribuye al consejo, y señaló que ni el subsecretario ni el superintendente precisaron funciones más concretas durante sus exposiciones.

También expresó reparos sobre la estructura de gobernanza, indicando que el consejo será presidido por el propio superintendente, lo que, en su opinión, podría restar independencia al órgano y poner en duda su necesidad real. Sostuvo que, si la finalidad del consejo es aportar transparencia, su diseño resulta cuestionable, ya que tanto el superintendente como los consejeros serían designados por el Presidente de la República, concentrando así las decisiones en una misma autoridad.

Por otro lado, señaló que comparte las funciones que se atribuyen a la Superintendencia en el marco del fortalecimiento institucional, pero insistió en la falta de claridad respecto de las nuevas tareas que desempeñará el personal adicional contemplado en el proyecto. Solicitó que se detallen las funciones específicas que cumplirán las 25 nuevas plazas, si todas corresponden a profesionales y cómo se distribuirán territorialmente en el país. En este sentido, manifestó interés por conocer si el fortalecimiento de la Superintendencia incluirá una mayor presencia regional o mejoras en la atención descentralizada, además del desarrollo del sistema de consultas digitales que se menciona en el informe y que consideró un avance positivo.

El superintendente Torres abordó las consultas relacionadas con el rol de la Superintendencia en la resolución de controversias, destacando que se trata de una función compleja y poco común dentro del conjunto de superintendencias del país. Explicó que, en el ámbito de la salud, esta atribución se justifica por la naturaleza regulada del sistema y por la necesidad de contar con un órgano imparcial que actúe como tercero frente a los conflictos entre los usuarios y las instituciones. Subrayó la profunda asimetría existente entre los pacientes —que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, muchas veces enfrentando enfermedades graves y costos elevados— y los prestadores, situación que hace necesario contar con una entidad que pueda revisar las cuentas, fiscalizar cobros indebidos y evitar que las personas se vean obligadas a judicializar sus reclamos. Indicó que la Superintendencia ha cumplido exitosamente ese rol en el ámbito de los seguros durante más de treinta años, resolviendo con objetividad y alto nivel técnico, y que sus decisiones han sido respaldadas en su mayoría por los tribunales, lo que demuestra la solidez de su actuación.

Añadió que extender esta facultad al ámbito de los prestadores permitirá equilibrar las relaciones entre las personas y las instituciones, asegurando un trato más justo. Explicó que los prestadores que se sientan perjudicados por alguna resolución siempre podrán recurrir a los tribunales, del mismo modo en que hoy lo hacen las Isapres. Respecto de la diferencia en los regímenes sancionatorios aplicables al sector público y privado, indicó que el cambio propuesto constituye un avance relevante, ya que permitirá sancionar a los directivos de hospitales públicos con amonestaciones o multas, superando la actual

dependencia de sumarios administrativos que muchas veces no generan consecuencias efectivas. En su opinión, esta modificación busca fortalecer la simetría del sistema, situando al paciente en el centro de las decisiones y garantizando que las sanciones sean reales y disuasivas.

Sobre la figura del encargado de calidad, precisó que esta obligación se aplica a los prestadores institucionales que se someten a procesos de acreditación, tanto públicos como privados. Explicó que la formalización del cargo busca asegurar la continuidad y mejora permanente de los procesos de calidad, los cuales se evalúan cada tres años. Dado que la Superintendencia no dispone de capacidad suficiente para fiscalizar a todos los establecimientos del país, la existencia de estos funcionarios especializados permitirá fortalecer la gestión interna y asegurar el cumplimiento sostenido de los estándares de atención.

En relación con la gobernanza institucional, señaló que, desde una perspectiva de largo plazo, la aspiración es que la Superintendencia pueda evolucionar hacia una agencia regulatoria independiente, con una estructura institucional más robusta y autonomía reforzada para fiscalizar tanto al sistema público como al privado. Indicó que el modelo propuesto en el proyecto —que incluye la creación de un consejo técnico— constituye un primer paso en esa dirección, permitiendo avanzar gradualmente hacia una institucionalidad más moderna. Explicó que, aunque el consejo será presidido por el superintendente, todos sus miembros, incluido este último, serán seleccionados mediante el sistema de Alta Dirección Pública, salvo en la primera designación, que será efectuada directamente por el Presidente de la República por razones de eficiencia. Concluyó señalando que este mecanismo refuerza la transparencia y profesionalización de la conducción institucional, al tiempo que sienta las bases para un futuro modelo de gobernanza más autónomo y estable.

El subsecretario Martorell complementó las explicaciones entregadas por el superintendente en relación con la diferencia entre los regímenes sancionatorios aplicables a prestadores públicos y privados. Señaló que, en el caso de las clínicas, las multas afectan directamente a los dueños de los establecimientos, generando así un incentivo efectivo para introducir cambios institucionales. En cambio, cuando se sanciona a un hospital público, los recursos provienen del presupuesto fiscal, por lo que el impacto es menor y no se logra el mismo efecto correctivo. Por ello, precisó, el proyecto opta por establecer multas aplicables al salario de los directivos de los establecimientos públicos, de modo de generar un incentivo equivalente y eficaz, sin perjuicio de las demás medidas expuestas por el superintendente.

Respecto de la dotación institucional, aclaró que el aumento corresponde efectivamente a 25 funcionarios distribuidos progresivamente en un plazo de tres años, conforme a la gradualidad establecida en el informe financiero. Indicó que no se trata de un incremento masivo, sino de una expansión controlada que permitirá atender las nuevas funciones contempladas en el proyecto de manera equilibrada y financieramente responsable.

En relación con la gobernanza institucional, explicó que el diseño del consejo de la Superintendencia responde al análisis de distintos modelos, tanto públicos como privados, realizados por el Ejecutivo. Destacó que en el sector privado predominan estructuras con alta autonomía, pero que en el ámbito público ese nivel de independencia puede generar dificultades de coordinación interinstitucional. En consecuencia, se buscó alcanzar un equilibrio entre autonomía y coordinación, fortaleciendo la Superintendencia sin provocar una desconexión con el resto del aparato estatal.

El subsecretario precisó que el consejo estará compuesto por cuatro miembros con una dieta máxima de menos de dos millones de pesos mensuales y que su rol será estratégico, no ejecutivo. Su función principal será contribuir a la planificación de

mediano y largo plazo, mientras que la gestión operativa continuará radicada en el superintendente. En este contexto, detalló las funciones específicas del consejo: aprobar y monitorear el plan estratégico institucional, emitir informes técnicos por solicitud del superintendente, proponer la elaboración de estudios y formular observaciones sobre los mismos, aprobar la cuenta pública anual, revisar periódicamente los indicadores de gestión, colaborar en la creación de metodologías para mejorar la fiscalización y contribuir al diseño de planes de formación y capacitación para el personal.

Concluyó señalando que este modelo de gobernanza busca combinar la independencia técnica con una adecuada articulación con el Ejecutivo, fortaleciendo la capacidad estratégica de la Superintendencia y dotándola de una estructura moderna que permita mejorar su desempeño fiscalizador y regulatorio.

El señor Jorquera precisó que, tal como se señala en el informe financiero, la tabla número uno corresponde al costo asociado al incremento de personal y no al número de funcionarios. Aclaró que, efectivamente, podría haberse incorporado una tabla complementaria con la distribución de los nuevos cargos, la cual puede hacerse llegar a la comisión para mayor claridad.

Respecto del Consejo de la Superintendencia de Salud, explicó que la dieta asignada a sus integrantes es de 12 UFs por sesión, lo que equivale aproximadamente a 470 000 pesos, con un máximo de 48 sesiones al año, es decir, hasta cuatro sesiones mensuales. Detalló que esta cifra representa el límite máximo de retribución y que los consejeros no reciben remuneraciones adicionales en caso de realizar más reuniones. Subrayó que este tipo de consejos opera bajo un esquema de máxima gestión, en el que la frecuencia de sesiones depende de las necesidades institucionales, pudiendo ser menor al máximo fijado.

En cuanto al fortalecimiento de la Superintendencia, reiteró que se trata de un esfuerzo importante pero acotado, enfocado en la reorganización y optimización de los recursos existentes. En ese marco, se consideró únicamente un incremento de 25 funcionarios, cuya incorporación será gradual y consistente con la situación fiscal del país. Explicó que la distribución proyectada contempla ocho funcionarios el primer año, siete el segundo y cinco en cada uno de los dos años siguientes, completando así el total al cuarto año.

Finalmente, señaló que los costos en régimen alcanzarán aproximadamente mil quinientos millones de pesos, cifra que incluye la instalación de los nuevos funcionarios y los gastos asociados a su implementación. Detalló que estos nuevos cargos estarán destinados a fortalecer las áreas de fiscalización, calidad, protección de derechos y regulación, quedando la definición específica de sus grados y distribución interna a criterio del superintendente una vez implementada la medida.

El diputado Cifuentes agradeció la información adicional entregada durante la sesión, en particular el detalle de las funciones del consejo enumeradas por el subsecretario, lo que, según señaló, permitió comprender mejor la propuesta. No obstante, manifestó que aún mantiene dudas respecto del modelo de gobernanza, estimando que resulta exagerado contemplar cuatro consejeros para las funciones descritas, motivo por el cual anunció su intención de votar en contra de esa parte del proyecto.

Expresó su preocupación por la falta de información en el informe financiero, calificándola como una situación grave para la comisión. Sostuvo que no es razonable que se les solicite votar un proyecto sin contar con los antecedentes completos sobre el personal considerado, sus grados y funciones específicas dentro de la estructura institucional. Enfatizó que los informes financieros elaborados por el Ministerio de Hacienda presentan deficiencias recurrentes, lo que constituye una debilidad que el Congreso no debiera seguir permitiendo.

Subrayó además que, aunque se mencionó la existencia de un número determinado de funcionarios con grados asociados, no se ha proporcionado la información detallada que permita un análisis adecuado, ni se ha respondido satisfactoriamente sobre la eventual presencia territorial de los nuevos cargos. Por ello, solicitó al presidente de la comisión que se postergue la votación del proyecto hasta que la Dirección de Presupuestos corrija el informe financiero y entregue todos los antecedentes necesarios, de manera que la discusión pueda realizarse con la rigurosidad e información que corresponde.

El diputado Santana formuló dos consultas. En primer lugar, planteó una duda respecto de los consejeros, señalando que en el proyecto se mencionan funciones relacionadas con la elaboración de informes, por lo que pidió precisar si la dieta prevista en la iniciativa contempla la remuneración por dichas tareas o si estas funciones se realizarán de manera adicional, sin retribución específica. Indicó que su inquietud apunta a determinar si la compensación establecida cubre integralmente las responsabilidades asignadas o si el desempeño de labores extraordinarias implicará costos adicionales.

En segundo término, centró su observación en el artículo segundo, numeral cuatro, advirtiendo una posible inconsistencia en la redacción del texto legal. Explicó que, mientras la ley vigente señala que la Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, controlará el cumplimiento de la normativa, el texto propuesto sustituye dicho verbo por resolverá los reclamos y denuncias por vulneraciones. Agregó que, posteriormente, el nuevo texto dispone que la Superintendencia podrá fiscalizar, lo que, a su juicio, debilita la obligación de fiscalización que constituye una de las funciones esenciales del organismo. Manifestó que, si el propósito del proyecto es fortalecer la Superintendencia, resulta contradictorio introducir una fórmula facultativa en lugar de imperativa, por lo que propuso reemplazar el término podrá por deberá, de modo de mantener explícito el carácter obligatorio de la labor fiscalizadora.

El superintendente Torres respondió a las inquietudes planteadas por el diputado Cifuentes en relación con la expresión territorial de la Superintendencia. Explicó que las mejoras en las oficinas regionales han sido impulsadas progresivamente desde el año 2020 a través del proceso de discusión presupuestaria anual, lo que ha permitido incrementar de forma moderada la dotación en distintas regiones, generalmente con un funcionario adicional por oficina. Indicó que esta estrategia ha permitido dotar a las sedes regionales de una mayor capacidad resolutive y reducir la sobrecarga de trabajo existente.

Detalló que actualmente existen cuatro oficinas zonales —una más que al inicio de su gestión— con dotaciones que oscilan entre cinco y siete funcionarios, mientras que el resto de las oficinas regionales operan con tres funcionarios cada una. Señaló que se ha logrado una paulatina normalización en las zonales y que algunas regiones con alta demanda, como aquella representada por el diputado Cifuentes, han sido priorizadas para recibir refuerzos adicionales. En ese caso particular, informó que el presupuesto aprobado permitirá aumentar de tres a cuatro funcionarios durante el año 2025, atendiendo la alta carga de trabajo y el volumen de casos que se gestionan en esa zona.

El superintendente precisó que el incremento de 25 nuevos funcionarios establecido en el proyecto de ley no está destinado a reforzar la presencia territorial, sino que responde directamente a las nuevas atribuciones institucionales que se crean. Especificó que once cargos estarán destinados al área de fiscalización, seis al subdepartamento de calidad, cinco al subdepartamento de protección de derechos, dos al de sanciones y uno al de regulación. Aclaró que todos estos son cargos profesionales con funciones específicas dentro de cada área y que su incorporación seguirá la gradualidad prevista en el informe financiero, confirmando así que el fortalecimiento se orienta a consolidar las funciones técnicas y regulatorias que el proyecto de ley asigna a la Superintendencia.

El asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez Saavedra, agradeció la consulta del diputado Santana, destacando que la observación apunta directamente a uno de los objetivos centrales del proyecto: fortalecer a la Superintendencia de Salud para que ejerza de manera más efectiva su función de control y resguardo de los derechos y deberes de las personas en materia sanitaria. Explicó que la diferencia entre los términos “controlará”, “fiscalizará”, “podrá fiscalizar” o “deberá fiscalizar” no altera sustancialmente el alcance de la función, ya que todos apuntan a la misma finalidad de supervisión y cumplimiento normativo.

Indicó que la redacción actual de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes resulta insuficiente, pues el verbo “controlará” carece de desarrollo normativo que determine cómo se ejerce ese control, qué sanciones pueden aplicarse y a través de qué procedimientos. Precisoó que el proyecto de ley busca precisamente subsanar esa debilidad, introduciendo mecanismos sancionatorios específicos para el sector público y procedimientos concretos que permitan ejercer el control con eficacia y respaldo jurídico.

Agregó que la expresión “podrá fiscalizar” tiene por objeto enfatizar que la Superintendencia podrá actuar tanto de oficio como a petición de parte, es decir, que no depende exclusivamente de la presentación de reclamos para iniciar una fiscalización. Señaló que, desde el punto de vista jurídico, cualquiera de las formulaciones —“podrá fiscalizar”, “fiscalizará” o “deberá fiscalizar”— resulta equivalente en cuanto a las atribuciones conferidas, y que la redacción escogida no limita el ejercicio de la función fiscalizadora, sino que amplía su alcance al permitir que la autoridad actúe también por iniciativa propia.

El diputado Santana manifestó que comprendía el argumento expuesto por el asesor respecto a que el cambio en la redacción busca mejorar la aplicabilidad práctica de la ley, pero señaló que su preocupación apunta a otro aspecto. Explicó que, según la modificación propuesta, el texto pasaría de establecer una obligación expresa a una mera facultad, lo que considera un cambio sustantivo. Observó que la sustitución del verbo “controlará” por la expresión “podrá fiscalizar” introduce un matiz jurídico distinto, pues convierte una acción obligatoria en una opción discrecional, lo que podría debilitar la función fiscalizadora de la Superintendencia.

Indicó que, a su juicio, no resulta coherente que un proyecto orientado precisamente a fortalecer las facultades de fiscalización de la institución transite desde un mandato imperativo hacia una posibilidad. Agregó que, si según el propio asesor las expresiones son equivalentes en términos de aplicabilidad jurídica, no existiría motivo para mantener la redacción actual en términos de facultad en lugar de deber. En ese sentido, propuso revisar el párrafo correspondiente del artículo segundo, numeral cuatro, para restituir el carácter obligatorio de la función de fiscalización, a fin de que el texto refleje de manera clara y consistente el objetivo de fortalecimiento institucional que inspira el proyecto.

El señor Pérez intervino nuevamente para precisar que, aunque desde el punto de vista lingüístico es evidente que “podrá” y “deberá” no son términos equivalentes, en el ámbito jurídico su interpretación debe realizarse dentro del contexto del ordenamiento legal completo. Explicó que las normas no se interpretan de manera aislada, sino en relación con el conjunto de reglas que definen las obligaciones de los órganos de la administración del Estado. En ese sentido, sostuvo que las instituciones públicas tienen el deber general de ejercer las funciones que la ley les encomienda, por lo que el uso del verbo “podrá” no implica una opción discrecional, sino la habilitación para actuar dentro de ese marco obligatorio.

Para ilustrar su punto, mencionó el ejemplo de los contratos administrativos en los que se establece que, si una contraparte incumple, la autoridad “podrá” aplicar una multa. En la práctica —señaló— esa expresión no concede libertad para omitir la sanción cuando se configura el incumplimiento, sino que describe la facultad legal de imponerla conforme a los procedimientos correspondientes. De igual manera, en este caso, cuando la

norma dispone que la Superintendencia “podrá fiscalizar”, ello no significa que la autoridad decida libremente si ejerce o no su función fiscalizadora, sino que queda jurídicamente facultada y, por extensión, obligada a hacerlo cuando concurren las condiciones establecidas por la ley.

Concluyó reiterando que, desde el punto de vista funcional, ambas formulaciones —“podrá fiscalizar” y “deberá fiscalizar”— son equivalentes en su efecto normativo, ya que la autoridad no puede dejar de cumplir sus deberes legales. La diferencia radica únicamente en la técnica de redacción, pero no en la obligatoriedad del ejercicio de la función fiscalizadora.

El diputado Santana manifestó su disposición a continuar con el debate sin ánimo de obstaculizar el avance del proyecto, aclarando que su intervención buscaba únicamente dejar planteado el punto sobre la redacción. Señaló que, si según la interpretación del asesor legislativo los términos “podrá fiscalizar” y “deberá fiscalizar” tienen efectos jurídicos equivalentes, entonces no existiría inconveniente en ajustar la fórmula empleada. En ese sentido, consultó directamente si el Ejecutivo estaría disponible a modificar el texto, reemplazando la expresión “podrá fiscalizar” por “deberá fiscalizar de oficio o a petición del interesado”, con el propósito de reforzar explícitamente el carácter obligatorio de la función fiscalizadora y despejar cualquier ambigüedad interpretativa en la norma.

El señor Pérez respondió que comprendía plenamente el planteamiento del diputado Santana y precisó que, desde la perspectiva administrativa, la modificación propuesta constituye un trámite de carácter formal, dado que —como había señalado anteriormente— ambas expresiones son equivalentes en cuanto a sus efectos jurídicos. Explicó que, al tratarse de una redacción vinculada a una norma de iniciativa exclusiva del Ejecutivo, la indicación correspondiente debería canalizarse a través de esa vía. Sin embargo, agregó que no existe inconveniente alguno en acoger la propuesta, y que, de ser presentada la indicación, el Ejecutivo está plenamente disponible para conversarla y respaldarla junto con la autoridad correspondiente, a fin de incorporar la modificación sugerida sin alterar el contenido sustantivo del proyecto.

La ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza hizo referencia a la presentación de una indicación de parte del Ejecutivo, además de un Informe Financiero Sustitutivo, dando paso al representante de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) para su exposición.

El jefe del Subdepartamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos, don Pablo Jorquera Armijo se refirió al informe financiero sustitutivo presentado al tenor de lo discutido en la sesión anterior, que complementa información específica sobre el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud. Sobre el Consejo, destacó que se contempla 12 consejeros con un número máximo de sesiones, lo que implica un gasto anual de 89 millones.

Respecto al fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores de Salud, explicó que se consideraban 25 profesionales, pero que no se había detallado previamente su ubicación, funciones ni la progresión de su incorporación. Indicó que en el nuevo informe financiero N°315, que sustituye a los anteriores, se incluye esta información en la página 3, tabla 1. Detalló que en el primer año se incorporarían 8 personas distribuidas en cinco subdepartamentos y que en régimen el subdepartamento de Calidad tendría en régimen 6 personas adicionales; el de Fiscalización, 11 personas, siendo este el más reforzado debido a su rol en la ampliación de la cobertura de fiscalización; el de Protección de Derechos contaría con 5 personas; el de Sanciones, con 2; y el de Regulación, con una persona adicional. Aclaró que esta distribución podría ajustarse con el tiempo, pero que el mayor esfuerzo se centra en el subdepartamento de Fiscalización, con una progresión de incorporación de personal de 2, 5 y 8 hasta llegar a 11.

También mencionó que se incluyó más detalle sobre el gasto en tecnología, el cual sería por una sola vez y luego se mantendría en régimen para sostener los sistemas relacionados con sanciones, reclamos y prestadores, con el objetivo de mejorar la interoperabilidad. Finalmente, indicó que esta información se reflejaba en la tabla final del informe, donde se añadió la progresión del personal al desglose del gasto ya conocido.

La ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza destacó que el número actual de fiscalizadores con que cuenta la Superintendencia prácticamente se duplicaría con el fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores. Señaló que este proyecto busca implementar progresivamente las capacidades de dicha intendencia, comenzando su ejecución seis meses después de la aprobación de la ley. Por otra parte, destacó que desde el punto de vista sanitario, para el Ministerio es relevante fortalecer las capacidades de la Intendencia de Prestadores, como garantía de calidad para todas las personas que se atienden tanto en el sistema público como en el privado. Subrayó que este fortalecimiento constituía un eslabón clave, especialmente considerando el aumento de la actividad en los establecimientos de salud y el creciente número de reclamos de las personas usuarias relacionados con la calidad de la atención.

El diputado Miguel Mellado quiso dejar constancia en la historia de la ley y consultó cómo este proyecto beneficiará concretamente a la ciudadanía, preguntando cómo el aumento de la dotación y el refuerzo en áreas como calidad y sanciones se traduce en una mejora real para los usuarios del sistema de salud.

El diputado Ricardo Cifuentes agradeció la información adicional entregada, pero manifestó su preocupación por la falta de detalles en el informe financiero, específicamente en lo que respecta a los grados de los funcionarios y la cobertura territorial del personal considerado, destacando que los informes financieros que actualmente entrega el Ministerio de Hacienda son menos completos que los de años anteriores. Consideró que esta información era muy relevante y expresó su interés en conocer cómo se distribuiría el nuevo personal en las distintas regiones del país.

El diputado Boris Barrera (presidente) mencionó que el Ejecutivo presentó la indicación comprometida en la sesión pasada frente a la consulta del diputado Santana.

La ministra Aguilera respondió que el proyecto estaba especialmente orientado al fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores, aunque también abordaba aspectos generales de la Superintendencia, como el Consejo. Señaló que esta intendencia es la encargada de fiscalizar el cumplimiento de la ley de derechos y deberes de los pacientes, entre otras atribuciones que se le han conferido mediante distintas leyes. Recordó que al crearse el GES hace veinte años, se establecieron cuatro garantías: oportunidad, costo, acceso y calidad. En particular, la garantía de calidad se cumple mediante la acreditación de los establecimientos de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios, y el registro de los profesionales que atienden a los pacientes, lo que permite verificar sus títulos y especializaciones. Añadió que este registro ha adquirido nuevas funciones, como en el ámbito de las licencias médicas.

Indicó que actualmente la acreditación se limita a verificar que los procesos estén normados y documentados, pero no profundiza en el procedimiento clínico. Por ello, el objetivo de la modernización propuesta es avanzar hacia ese ámbito, permitiendo, por ejemplo, la realización de auditorías clínicas. Explicó que estas auditorías permiten investigar casos específicos, como muertes infantiles por causas infecciosas o muertes maternas, para evaluar si los procedimientos clínicos fueron adecuados. Este tipo de revisión forma parte del círculo de calidad de la atención médica, ya que permite aprender de los errores y mejorar los procesos.

Subrayó que esta iniciativa busca ir más allá de las garantías actuales, sin entrar en el ámbito legal de los reclamos, sino fortaleciendo las garantías institucionales.

Destacó que la Superintendencia, como entidad separada de los servicios de salud, sería la encargada de liderar estos procesos de evaluación, solicitando la colaboración de especialistas de otros servicios no involucrados directamente, con el fin de obtener una visión más objetiva de los hechos ocurridos en los establecimientos. Concluyó señalando que este avance representa una mejora concreta para las personas, al ofrecerles mayores garantías en la calidad de la atención que reciben.

El señor Jorquera, respondiendo la consulta del diputado Cifuentes, expresó que en términos territoriales, efectivamente todo el personal considerado en el proyecto estaría ubicado en Santiago. En cuanto a los grados, explicó que se ha contemplado cierta flexibilidad para su definición posterior, una vez realizada la instalación, agregando que lo que manda es la disponibilidad de recursos financieros.

Precisó que el cálculo se hizo considerando principalmente el grado 10 para los funcionarios, aunque en algunos casos se consideró algún profesional de mayor grado, lo que da como resultado un promedio de remuneración mensual de \$3.749.000. Añadió que, si bien estos parámetros guiarán el diseño inicial, sería la Superintendencia la encargada de realizar ajustes futuros tanto en los grados específicos como en la ubicación del personal, en función de los recursos disponibles.

El diputado Cifuentes manifestó su molestia y calificó como una falta de respeto el informe financiero presentado, expresando su preocupación por la tolerancia de la Comisión sobre el particular. Criticó que el representante de la DIPRES se refiera a una flexibilidad sin entregar datos concretos.

A propuesta del presidente de la Comisión, diputado Boris Barrera, la Comisión **acordó** oficiar a la Dirección de Presupuestos con el objeto de solicitar, por una parte, tenga a bien complementar la información contenida en el informe financiero que acompaña al proyecto de ley que Fortalece la Superintendencia de Salud y modifica normas que indica. Boletín N°17397-11, detallando información sobre los grados de la dotación que considera aumentar el referido proyecto de ley, antes de que sea tratado en la Sala de la Cámara de Diputados. Por otra parte, solicitar tener a bien considerar, en adelante, acompañar los informes financieros con mayor nivel de detalle en cuanto a los gastos que pudiere importar el proyecto de ley, con la finalidad de contar con los antecedentes necesarios e íntegros para el trabajo de esta Comisión.

El diputado Frank Sauerbaum consultó sobre la naturaleza jurídica del vínculo contractual de la nueva dotación.

La ministra Aguilera respondió que serían funcionarios a contrata.

VOTACIÓN

“Artículo 1º.- Introdúcense, al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, las siguientes modificaciones:

3) Intercálase, a continuación del artículo 109, el siguiente Párrafo 3º, nuevo:

“Párrafo 3º

Del Consejo de la Superintendencia de Salud

Artículo 109 bis. - Créase el Consejo de la Superintendencia de Salud, de carácter técnico en adelante “el Consejo”, al cual le corresponderá ejercer las atribuciones y cumplir las funciones que ésta y otras leyes le encomienden.

El Consejo estará constituido por cinco miembros. El Superintendente de Salud, quien lo presidirá y cuatro consejeras y consejeros nombrados por el presidente de la República previo proceso de selección aplicable a los altos directivos públicos de primer nivel jerárquico, de conformidad con el párrafo 3º, del Título VI, de la ley N° 19.882. En su nombramiento, el Presidente de la República deberá designar igual número de hombres y mujeres.

Las y los consejeros nombrados por el presidente de la República serán personas de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en medicina, derecho, economía o salud pública o de vasta experiencia en administración o gestión de instituciones de salud.

Las y los consejeros durarán seis años en sus cargos, pudiendo ser designados por un nuevo periodo de acuerdo con el procedimiento señalado en el inciso segundo anterior.

Las y los consejeros, a excepción del Superintendente, tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a doce unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de cuarenta y ocho sesiones al año.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de tres integrantes. En caso de ausencia del Superintendente, podrá asistir en su representación un funcionario o funcionaria de la Superintendencia que éste designe.

En las sesiones las y los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de producirse empate, el Superintendente o quien lo subrogue tendrá voto dirimente. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo.”

Sometida a votación el numeral 3), del artículo 1º, este resultó aprobado por la unanimidad de los siete diputados presentes. Votaron a favor los diputados Boris Barrera (presidente), Fernando Bórquez (en reemplazo del diputado Gastón Von Mühlenbrock), Ricardo Cifuentes, Felipe Donoso, Miguel Mellado, Jaime Sáez y Frank Sauerbaum.

“Artículo 2º.- Introdúcense, a la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, las siguientes modificaciones:

1) Agrégase, en el artículo 4º, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo:

“Todos los prestadores institucionales deberán contar con un funcionario al que se le encargue formalmente la función de supervisión de la calidad de sus procesos y de velar por el respeto a los derechos de las personas que se atienden en el establecimiento asistencial. Con tal fin, los reglamentos de autorización sanitaria respectivos podrán asignarle funciones específicas.”.

Sometida a votación el numeral 1), del artículo 2°, este resultó aprobado por la unanimidad de los siete diputados presentes. Votaron a favor los diputados Boris Barrera (presidente), Fernando Bórquez (en reemplazo del diputado Gastón Von Mühlenbrock), Ricardo Cifuentes, Felipe Donoso, Miguel Mellado, Jaime Sáez y Frank Sauerbaum.

4) Modifícase el artículo 38 en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el inciso segundo por los siguientes incisos segundo, tercero y cuarto, nuevos, readecuándose el orden correlativo de los incisos siguientes:

“La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, resolverá los reclamos y denuncias por vulneraciones de las disposiciones de esta ley.

Asimismo, la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Prestadores de Salud, podrá fiscalizar, de oficio o a petición de interesado, el cumplimiento de esta ley por parte de todos los prestadores de salud instruyendo la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten. En estos procedimientos, si transcurriera el plazo que fijare el Intendente de Prestadores de Salud para la solución de dichas irregularidades, el que no podrá exceder de dos meses, sin que el prestador cumpliera lo ordenado, se iniciará en su contra un procedimiento sancionatorio, el que se tramitará de acuerdo con lo establecido en el Párrafo 3° del Título IV y en el Título V del Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Siempre que en el procedimiento de fiscalización respectivo se constatare que la responsabilidad por la infracción recae en el prestador institucional y, además, en uno o más prestadores individuales, se formularán cargos contra todos ellos y se les aplicarán las sanciones que correspondan según el mérito del sumario sancionatorio respectivo, conforme a las normas precedentes.”.

b) Suprímense los actuales incisos cuarto y quinto.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1) del Ejecutivo:

Para reemplazar, en el nuevo inciso tercero del artículo 38 de la ley N°20.584 que incorpora el literal a) del numeral 4), la expresión “podrá fiscalizar” por “fiscalizará”.

2) Del Diputado Felipe Donoso:

Al Artículo 2° numeral 4): Para agregar un inciso final dentro del literal a) que se propone, del siguiente tenor:

"Ningún fallo arbitral emitido en ejercicio de las facultades arbitrales de la Superintendencia de Salud podrá contravenir la ley.”.

El diputado Felipe Donoso explicó su indicación, señalando que la normativa actual que regula al árbitro arbitrador o amigable componedor carece de especificidad, lo que podía generar interpretaciones que se alejen de lo que mandata la ley. Señaló que la indicación propuesta busca llenar esos vacíos legales, para que no se contradiga la ley. Advirtió que permitir que un fallo arbitral pudiera modificar el contenido de la ley abriría una puerta peligrosa, contraria a lo que debería promover el Congreso.

El Superintendente de Salud, Víctor Torres Jeldes explicó que la materia que se intentaba regular mediante la indicación ya estaba contemplada en otros artículos previamente revisados por la Comisión de Salud, por lo que consideró que podría resultar contradictoria con normas ya aprobadas. Explicó que el artículo en cuestión se relaciona más con funciones de fiscalización de la Intendencia, ya sea de oficio o por petición de interesados, y no con la resolución de controversias. Respecto al fondo, indicó que el tema fue sido ampliamente debatido en la Comisión Técnica, aclarando que una de las atribuciones actuales de la Superintendencia es precisamente la de árbitro arbitrador, y que lo que se busca con esta norma es homologar esa facultad a la Intendencia de Prestadores, destacando que la Superintendencia cuenta con más de 30 años de experiencia en la emisión de este tipo de resoluciones, sin haber tenido conflictos con la Corte. Añadió que esta atribución ha permitido resolver numerosas controversias de forma eficiente, especialmente en casos donde la ley no ofrece respuestas claras y explicó que la Superintendencia ha tenido que interpretar diversas normas para dar solución a situaciones específicas.

Subrayó que esta capacidad interpretativa permitiría ofrecer mejores soluciones en casos concretos, especialmente en situaciones de reclamos por parte de pacientes. Recordó que existía una gran asimetría entre los recurrentes, que generalmente son personas cuyos derechos se ven afectados, y los prestadores, lo que en su opinión justifica aún más la existencia de esta atribución. Reiteró que la Superintendencia ha logrado minimizar la judicialización de estos casos, evitando que llegue a los tribunales, lo cual ha sido beneficioso para el sistema.

El diputado Donoso expresó comprender la explicación entregada por el Superintendente, pero insistió en que el objeto de la norma propuesta es evitar que alguien use de la figura del árbitro arbitrador para contrariar la ley. Señaló que, si bien esta figura tiene el mérito de ayudar a equilibrar la asimetría entre el usuario y el prestador, debe actuar siempre respetando la ley. Expresó su preocupación por la posibilidad de que un fallo arbitral, aunque revisable en su lógica, no lo fuera en cuanto a su contenido, ya que el árbitro arbitrador no estaba obligado a fallar en derecho. Por ello, consideró que en materias tan sensibles como la salud, donde los recursos involucrados son significativos tanto para el Estado como para los prestadores privados, es fundamental que se garantizara el respeto a la ley.

El diputado Jaime Sáez planteó una pregunta dirigida al Ejecutivo y al diputado Donoso, expresando su impresión ante la posibilidad de que un árbitro arbitrador, figura que según el Superintendente había operado durante más de tres décadas, pudiera actuar en contra de la ley, consultando sobre la existencia de casos que sustenten dicha preocupación. Añadió que, por definición, los árbitros deben actuar conforme a la normativa que regula su función.

El Asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez Saavedra, respondió a la inquietud planteada por el diputado aclarando que la figura del árbitro arbitrador no tenía como propósito actuar en contra de la ley. Explicó que esta atribución, que la Superintendencia había ejercido durante más de treinta años, se utiliza para resolver controversias en casos donde la normativa no ofrece respuestas claras o presenta vacíos. Señaló que el objetivo de la norma propuesta en el proyecto de ley era homologar esa facultad a la Intendencia de Prestadores, sin modificar el marco legal vigente. Agregó que los fallos arbitrales no sustituyen la ley, sino que permiten interpretarla en situaciones específicas, especialmente en materias sensibles como la atención en salud. Añadió que esta herramienta había sido útil para resolver conflictos de manera más rápida y eficiente, evitando que los casos llegaran a instancias judiciales, y que siempre existía la

posibilidad de recurrir a los tribunales superiores si alguna de las partes no estaba conforme. Enfatizó que la Superintendencia había actuado históricamente con respeto a la normativa, y que la intención era mantener esa línea, fortaleciendo las garantías para los usuarios sin vulnerar el orden jurídico.

El diputado Donoso dio lectura a la norma que regula los árbitros arbitradores contenida en el artículo 223 inciso tercero del Código Orgánico de Tribunales, refiriendo “ *El arbitrador fallará obedeciendo a lo que su prudencia y la equidad le dictaren, y no estará obligado a guardar en sus procedimientos y en su fallo otras reglas que las que las partes hayan expresado en el acto constitutivo del compromiso, y si éstas nada hubieren expresado, a las que se establecen para este caso en el Código de Procedimiento Civil.*”. Agregó que no se trata en el caso de un árbitro de derecho, puesto que su actuación se rige por criterios de prudencia y equidad. Señaló que, por esa razón, lo que podía revisar un tribunal no era si el fallo se ajustaba al derecho, sino si se había actuado con prudencia y equidad. Destacó la relevancia de tener presente aquello pues este tipo de árbitros debía resolver casos sensibles, lo que permitiría fallar incluso más allá de lo permitido por la normativa. Además, indicó que, si la tesis del Ejecutivo y de la Superintendencia era que el árbitro arbitrador debía cumplir siempre con la ley, entonces no habría problema en reafirmar esa postura mediante la indicación.

El Asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez Saavedra, aclaró que no se afirma que el árbitro arbitrador pudiera fallar contra la ley, como se ha interpretado. Explicó que existe jurisprudencia que respalda la idea de que la administración, cuando actúa como árbitro arbitrador, no puede emitir fallos contrarios a las normas del Derecho público. Subrayó que este punto era fundamental, especialmente en el contexto de la figura que se estaba discutiendo. Recordó que ya había planteado este argumento en la Comisión de Salud, destacando que la figura del árbitro arbitrador no era moderna, sino incluso premoderna, cuando los jueces resolvían en base a justicia y equidad. Señaló que, aunque el concepto ha evolucionado, en la actualidad el derecho vigente sigue siendo un elemento que todo árbitro debe considerar al momento de resolver. Aclaró que si se exigiera que el árbitro fallara exclusivamente conforme a la ley, se estaría transformando en un árbitro de derecho, lo cual cambiaría la naturaleza de la figura.

Justificó la necesidad de mantener esta diferencia, indicando que en otros contextos —como en la Comisión del Mercado Financiero o en la Superintendencia, específicamente en la Intendencia de Fondos— también se aplicaba debido a las asimetrías existentes. Explicó que muchas veces los prestadores hacen firmar a los pacientes documentos con cláusulas diversas, y que era importante contar con un órgano con suficiente poder para evaluar e interpretar esas cláusulas conforme al Derecho público, y que pudiera fallar con justicia y equidad.

El Superintendente de Salud, Víctor Torres Jeldes, quiso dejar constancia de la complejidad de aprobar la indicación, pues modifica en los hechos normas que fueron aprobadas por la Comisión Técnica y que no son de competencia de Hacienda.

Sometida a votación la indicación del Diputado Donoso a la letra a) del numeral 4) del artículo 2° esta resultó aprobada por cinco votos a favor y tres en contra. Votaron a favor los diputados Fernando Bórquez (en reemplazo del diputado Gastón Von Mühlenbrock), Felipe Donoso, Miguel Mellado, Frank Sauerbaum y Alexis Sepúlveda. Votaron en contra los diputados Boris Barrera (presidente), Ricardo Cifuentes y Jaime Sáez.

Sometido a votación el numeral 4) del artículo 2° del proyecto de ley, con la indicación presentada por el ejecutivo, este resultó aprobado por la unanimidad

de los ocho diputados presentes. Votaron a favor los diputados Boris Barrera (presidente), Fernando Bórquez (en reemplazo del diputado Gastón Von Mühlenbrock), Ricardo Cifuentes, Felipe Donoso, Miguel Mellado, Jaime Sáez, Alexis Sepúlveda y Frank Sauerbaum.

“Artículo sexto transitorio. - El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

Sometido a votación el artículo sexto transitorio del proyecto de ley, este resultó aprobado por la unanimidad de los ocho diputados presentes. Votaron a favor los diputados Boris Barrera (presidente), Fernando Bórquez (en reemplazo del diputado Gastón Von Mühlenbrock), Ricardo Cifuentes, Felipe Donoso, Miguel Mellado, Jaime Sáez, Alexis Sepúlveda y Frank Sauerbaum.

Por las razones señaladas, la Comisión de Hacienda recomienda aprobar las normas del proyecto de ley sometido a su conocimiento, en la forma explicada.

Tratado y acordado en las sesiones especiales celebradas el martes 14 y el martes 28 de octubre del año en curso, con la asistencia de los diputados (as) señores (as) Boris Barrera Moreno (presidente), Carlos Bianchi Chelech, Ricardo Cifuentes Lillo, Luis Cuello Peña y Lillo, Felipe Donoso Castro, Miguel Mellado Suazo, Juan Santana Castillo, Frank Sauerbaum Muñoz, Alexis Sepúlveda Soto y Gael Yeomans Araya.

En las sesiones especiales de 14 y 28 de octubre, la diputada Camila Rojas Valderrama fue reemplazada por el diputado Jaime Sáez Quiroz y el diputado Gastón Von Mühlenbrock Zamora fue reemplazado por el diputado Fernando Bórquez Montecinos.

Sala de la Comisión, a 28 de octubre de 2025.

MARIO REBOLLEDO CODDOU
Abogado Secretaria (a) de la Comisión